STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 17289
25 juni
2015

Generalistische basis GGZ

Vastgesteld op 16 juni 2015
REGELING NR/CU-732

Gelet op artikel 36, 37 en 38 en artikel 40 lid 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de volgende regeling vastgesteld: Regeling Generalistische basis GGZ.

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (hierna Generalistische basis GGZ) leveren.

2. Doel

Het doel van deze regeling is om voorschriften te stellen voor de Generalistische basis GGZ over:
– de declaratiewijze en informatie op de factuur,
– de registratie en aanlevering van informatie ten behoeve van het onderhoud van de prestaties en tarieven en het monitoren en analyseren van marktontwikkelingen,
– transparantie, om te bewerkstellingen dat consumenten tijdig en zorgvuldig geïnformeerd worden over de zorg die aanbieders van Generalistische basis GGZ leveren aan verzekerde patiënten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende aanbieder en het bijbehorende tarief.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
3.1 *Prestatie:*
Met prestatie wordt in deze regeling bedoeld:
a. (een van) de vier prestaties als omschreven in de beleidsregel Generalistische basis GGZ:
   – Generalistische basis GGZ Kort (BK)
   – Generalistische basis GGZ Middel (BM)
   – Generalistische basis GGZ Intensief (BI)
   – Generalistische basis GGZ Chronisch (BC)
b. de prestatie Onvolledig behandeltraject als omschreven in artikel 4.3 van de beleidsregel Generalistische basis GGZ;
c. de OVP niet-basispakketzorg consult en de OVP niet- basispakketzorg verblijf als genoemd in artikel 6 van de beleidsregel Generalistische basis GGZ.
d. de overige prestaties als genoemd in artikel 7 van de beleidsregel Generalistische basis GGZ.
3.2 *Zorgaanbieder:*
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.
3.3 *Hoofdbehandelaar:*
De hoofdbehandelaars in de GGZ hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd, zijnde:
1. Psychiater
2. Klinisch psycholoog
3. Klinisch neuropsycholoog
4. Psychotherapeut
5. Specialist ouderengeneeskunde
6. Verslavingsarts in profielregister KNMG
7. Klinisch geriater
8. Verpleegkundig specialist GGZ
9. GZ-psycholoog
10. Orthopedagoog generalist
11. Kinder- & Jeugdpsycholoog

De hoofdbehandelaars zijn BIG-geregistreerd met uitzondering van de orthopedagoog generalist en de kinder- & jeugdpsycholoog. De orthopedagoog generalist is ingeschreven in het register van de NVO. De kinder- & jeugdpsycholoog is ingeschreven in het register van de NIP.
Voor wat betreft de taken en verantwoordelijkheden wordt verwezen naar de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 2 juli 2013 betreffende het Hoofdbehandelaarschap GGZ (kenmerk 129353-106301-CZ).

3.4 *Medebehandelaar:*
De medebehandelaars zijn de zorgverleners, niet zijnde de hoofdbehandelaar, die zorg verlenen in het kader van het behandeltraject van de patiënt in de Generalistische basis GGZ.
Op de medebehandelaar die een beroep vervult genoemd in de Beroepentabel GGZ (zie bijlage bij de Regeling gespecialiseerde GGZ) zijn de verplichtingen als gesteld in onderhavige regeling van toepassing.
3.5 *Generalistische basis GGZ:*
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De zorg in het kader van de Generalistische basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijnspsychologische zorg zoals die bestond tot 2014 en een deel van de gespecialiseerde GGZ. De patiëntprofielen als bedoeld in artikel 3.8 samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de Generalistische basis GGZ en de bijbehorende zorgvraagzwaarte.
3.6 *Behandeltraject:*
Een behandeltraject omvat het geheel van activiteiten van de zorgaanbieder, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt in behandeling is. Een behandeltraject kan bestaan uit meerdere behandelcomponenten, inclusief intake en diagnostiek.
3.7 *Startdatum behandeltraject:*
De startdatum van het behandeltraject wordt bepaald door de datum waarop de behandelaar voor het eerst direct en/of indirect patiëntgebonden tijd besteedt aan de betreffende patiënt.
3.8 *Patiëntprofiel:*
De beschrijving van de kenmerken waarvoor de prestatie geschikt wordt geacht. Dit profiel is een weergave van de zorgvraagzwaarte van de patiënten per prestatie. Het patiëntprofiel is gebaseerd op de volgende criteria: DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten. De patiëntprofielen samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de Generalistische basis GGZ en de zorgvraagzwaarte.
3.9 *Behandelcomponent:*
De behandelcomponenten zijn de bouwstenen van de prestatie. De behandelcomponenten bestaan uit zorgactiviteiten en worden niet afzonderlijk in rekening gebracht maar via één van de vier integrale prestaties BK, BM, BI of BC.
3.10 *Onderlinge dienstverlening:*
De zorg als bedoeld in artikel 1, Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de Generalistische basis GGZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als ‘uitvoerende zorgaanbieder’. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de ‘opdrachtgevende zorgaanbieder’.
3.11 *Consultatie:*
Raadpleging van een specialist of andere behandelaar door een behandelaar ten behoeve van de diagnostiek en/of behandeling van de patiënt.
3.12 *Beleidsregel:*
De beleidsregel ‘Generalistische basis GGZ’.
3.13 *Groepssessie:*
Een behandelvorm waarbij meerdere patiënten in groepsverband worden behandeld.
3.14 *Overige product (OVP) niet-basispakketzorg Consult:*
Dit consult betreft een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die zorg ontvangen welke niet behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. Dit is inclusief tijdsbesteding die uit dit contact voortvloeit. Het maximumtarief voor de OVP Consult is gebaseerd op een consult van 60 minuten.
3.15 *Overig Product (OVP) niet-basispakketzorg Verblijf:*
Deze verblijfsprestatie betreft een verblijf met overnachting. Deze verblijfsprestatie is bedoeld voor patiënten die opgenomen zijn om zorg te ontvangen welke niet behoort tot het verzekerd pakket op grond van de Zvw maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. De behandeling valt niet onder deze prestatie, het gaat hier uitsluitend om de verblijfskosten. Het maximumtarief voor de OVP Verblijf is gebaseerd op een verblijf van 24 uur.
3.16 *Zorgvraagzwaarte:*
Zorgvraagzwaarte is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, wat gaat over de zwaarte van de behandeling.
3.17 *DSM stoornis:*
Een stoornis als bedoeld in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM), versie DSM-IV-TR. Een vermoeden van een in tot het verzekerde pakket behorende DSM stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor toegang tot de Generalistische basis GGZ. Voor behandeling in de Generalistische basis GGZ dient een stoornis aanwezig te zijn.
3.18 *Hoofdgroepen:*
De DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in bepaalde hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen. Dit zijn:

1. aandachtstekort- en gedragsstoornissen,
2. pervasieve stoornissen,
3. overige stoornissen in de kindertijd,
4. delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen,
5. aan alcohol gebonden stoornissen
6. aan overige middelen gebonden stoornissen,
7. schizofrenie en andere psychotische stoornissen,
8. depressieve stoornissen
9. bipolaire en overige stemmingsstoornissen
10. angststoornissen
11. restgroep diagnoses
12. persoonlijkheidsstoornissen
13. somatoforme stoornissen
14. eetstoornissen

3.19 *Patiëntgebonden activiteiten:*
Activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt.
3.20 *Niet-patiëntgebonden activiteiten:*
Activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.
3.21 *Direct patiëntgebonden tijd:*
De tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Hier valt face-to-face, telefonisch en elektronisch contact via e-mail of internet onder (chatten, Skype, etcetera).
3.22 *Indirect patiëntgebonden tijd:*
De tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit, reistijd van en naar de patiënt, multidisciplinair overleg of eindverslaglegging van een behandeltraject.
3.23 *Lekenomschrijving:*
Ten behoeve van patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte tarief.
3.24 *Audit-trail:*
Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens door de medisch adviseur, kan worden gevolgd en gecontroleerd.

REGISTREREN

4. Registratieverplichtingen

4.1 De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste registratie.
4.2 De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een (nieuwe) zorgvraag bij de zorgaanbieder in de Generalistische basis GGZ meldt voor de intake en diagnostiek of in geval van een vervolg-prestatie chronisch.
4.3 De registratie van het behandeltraject eindigt nadat het behandeltraject is afgerond.
4.4 Een hoofd- of medebehandelaar registreert per behandelcomponent, afzonderlijk van de andere behandelaar(s) van dezelfde patiënt, de patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd die hij daadwerkelijk heeft besteed.
4.5 Indien meerdere behandelaars bijdragen aan het uitvoeren van een behandelcomponent, wordt deze component slechts eenmaal per prestatie geregistreerd.
4.6 Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers.
4.7 Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden geregistreerd bij dezelfde patiënt. Dit geldt niet voor een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met prestatie BC.
4.8 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

5. Minimale Dataset Generalistische basis GGZ

5.1 De minimale dataset Generalistische basis GGZ omvat per gedeclareerde prestatie de volgende gegevens:
   1. Zorgaanbieder
      – Unieke identificatie zorgaanbieder (AGB-code)

2. Hoofdbehandelaar
   – AGB-code (op persoonsniveau) en diens beroep
   – Indien van toepassing: AGB-code (op persoonsniveau) van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep
3. Verwijzer
   – Het type verwijzer
     1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
     2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk
     3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
     4. Eigen patiënt
     5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
     6. Zelfverwijzer
     7. Bemoeizorg
   – AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4
4. Patiëntgegevens
   a. Naam patiënt
   b. Geboortedatum
   c. Geslacht
   d. Postcode (4 cijfers)
   e. Burgerservicenummer[1]
   f. Unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI-register)
5. Behandeltraject per patiënt
   – Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek
   – Prestatie bij eindigen van het behandeltraject
   – Gedeclareerde prijs
   – Stoornis volgens DSM-IV (hoofdgroepniveau)
   – ROM (ja/nee)
   – Startdatum behandeltraject
   – Einddatum behandeltraject
   – Per behandelcomponent wordt het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep geregistreerd. De behandelcomponenten zijn:
     ○ Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging
     ○ Aanvullende diagnostiek
     ○ Face-to-face behandeling[2]
     ○ E-health behandeling
     ○ Gespecialiseerde behandeling (behandeling door een zorgaanbieder in de gespecialiseerde GGZ waarvan de bekostiging normaliter via een DBC zou verlopen)
     ○ Consultatie (incidentele raadpleging van een zorgaanbieder die niet direct betrokken is bij het behandeltraject)
   – Afsluitreden:
     – Patiëntprofiel patiënt te zwaar voor Generalistische basis GGZ
     – Voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar.
     – Overlijden Patiënt
     – 365 dagen
     – Behandeltraject afgerond
     – Overgang naar andere bekostiging
     – Overig

5.2 In uitzondering op artikel 5.1 wordt voor de prestatie Onvolledig behandeltraject in plaats van onderdeel 5 geregistreerd:
   – Prestatie
   – Gedeclareerde prijs
   – Stoornis volgens DSM IV ja/nee
   – Startdatum behandeltraject
   – Einddatum behandeltraject
   – Aantal minuten directe en indirecte tijd hoofdbehandelaar en diens beroep
   – Aantal minuten directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
   – Afsluitreden:
     – Vermoeden van DSM-stoornis niet bevestigd

[1] Indien burgerservicenummer niet beschikbaar is, dan wordt 9x9 geregistreerd.
[2] Indien sprake is van een groepssessie wordt de bestede tijd gedeeld door het aantal aanwezige patiënten.

– Patiëntprofiel patiënt te zwaar voor Generalistische basis GGZ
– Voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar

INFORMEREN

6. Aanlevering

6.1 De in artikel 5 bedoelde minimale dataset wordt door de zorgaanbieder over alle gedeclareerde prestaties per patiënt elektronisch aangeleverd.
6.2 Identificerende persoonsgegevens als bedoeld in artikel 60, tweede lid, van de Wmg worden gepseudonimiseerd aangeleverd.
6.3 De in 6.1 bedoelde gegevens worden maandelijks aangeleverd aan het DIS. Vrijgevestigde zorgaanbieders die Generalistische basis GGZ leveren, zijn gerechtigd om per kwartaal aan te leveren.
6.4.1 Privacyverklaring
Artikel 6.1 blijft buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig bijlage I.
6.4.2 Inzenden verklaring
De verklaring bedoeld in artikel 6.4.1 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de gegevens in het bezit te worden gesteld van de behandelaar van de patiënt.
6.4.3 Bewaren afschrift
De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 6.4.1 bedoelde verklaring.

7. Transparantie

7.1 De factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar vermeldt minimaal de navolgende gegevens als onderdeel van de prestatiebeschrijving:
a. Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer[3], UZOVI-nummer verzekeraar
b. Geleverde prestatie
c. Prijs
d. Startdatum en einddatum van het behandeltraject
e. AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie levert
f. AGB-code van de hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
g. Indien van toepassing: AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
h. Betrokken medebehandelaars en diens beroep
i. Het type verwijzer
   1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
   2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk
   3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
   4. Eigen patiënt
   5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
   6. Zelfverwijzer
   7. Bemoeizorg
j. AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4
k. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar (onder f en g)
l. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
m. Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (som k en l)
n. Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek[4]

7.2 Een zorgaanbieder die Generalistische basis GGZ levert aan patiënten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder, maakt een standaardprijslijst bekend.
7.2.1 Voorwaarden standaardprijslijst
De standaardprijslijst Generalistische basis GGZ voldoet aan de volgende voorwaarden.
1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van de inhoud van de standaardprijslijst.

---

[3] Indien burgerservicenummer niet beschikbaar is, dan wordt het identificatienummer verzekerde geregistreerd.
[4] Niet van toepassing op de prestatie Onvolledig behandeltraject

2. Per prestatie wordt de inhoud van de prestatie en het bijbehorende tarief dat in rekening wordt gebracht vermeld.
3. De standaardprijslijst bevat per prestatie de meest recente tarieven en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle tarieven op de standaardprijslijst.
4. De standaardprijslijst vermeldt de samenwerkingsvormen.
5. De standaardprijslijst vermeldt voor welke consumenten de standaardprijslijst van toepassing is door het weergeven van de volgende zin: *Deze prijzen zijn van toepassing op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder. Indien wel een contract is afgesloten met uw ziektekostenverzekeraar dan kunnen andere prijzen gelden.*

7.2.2 Informeren van consumenten

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het tijdig en juist informeren van de consument.
2. Het is voor consumenten mogelijk om voor aanvang van de behandelingsovereenkomst op eenvoudige wijze kennis te nemen van de standaardprijslijst.
3. De standaardprijslijst hangt op een voor consumenten duidelijk zichtbare plaats in de praktijk van de zorgaanbieder.
4. Indien de zorgaanbieder een website heeft, plaatst de zorgaanbieder de standaardprijslijst van jaar t en t-1 op de website.
5. Desgevraagd stelt de zorgaanbieder consumenten via de telefoon op de hoogte van de tarieven, zoals genoemd op de standaardprijslijst.
6. Desgevraagd doet de zorgaanbieder consumenten binnen achtenveertig uur per post dan wel digitaal de standaardprijslijst toekomen.

DECLAREREN

8. Declaratiebepalingen

8.1 De prestaties in de Generalistische basis GGZ worden in rekening gebracht mits er sprake is van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar bij het behandeltraject van de patiënt.

8.2 De behandelcomponenten worden niet afzonderlijk in rekening gebracht, maar in rekening gebracht als integraal onderdeel van een van de prestaties als omschreven in de beleidsregel.

8.3 De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.

8.4 Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject, wordt enkel de andere prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te zijn geïnformeerd.

8.5 Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt het behandeltraject afgesloten en wordt uitsluitend de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.

8.6 Indien tijdens de behandeling in de Generalistische basis GGZ blijkt dat de problematiek en klachten verergeren waardoor de patiënt niet meer binnen de patiëntprofielen van de Generalistische basis GGZ past, wordt het behandeltraject in de Generalistische basis GGZ afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) en blijkt dat het patiëntprofiel van de patiënt te zwaar is voor de Generalistische basis GGZ, wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

8.7 Indien de behandeling voortijdig op initiatief van de patiënt en/of behandelaar wordt beëindigt, wordt het behandeltraject in de Generalistische basis GGZ afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

8.8 Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd bij dezelfde patiënt. Uitzondering is een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met de prestatie BC; en de integrale prestaties in combinatie met de OVP's als bedoeld in artikel 3.14 en 3.15 van deze regeling.

8.9 De prestaties worden in rekening gebracht als het behandeltraject is afgesloten. Een behandeling is afgesloten indien één van de afsluitredenen van toepassing is zoals genoemd in artikel 5.

8.10 *Onderlinge dienstverlening*
Specialistische behandeling en/of consultatie die plaatsvindt in het kader van een van de prestaties BK, BM, BI of BC, dient uitsluitend in rekening te worden gebracht via onderlinge dienstverlening.
Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.

8.11 *Zorg die niet tot het basispakket op grond van de Zvw behoort*

8.11.1 Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, gebruikt de zorgaanbieder een van de voor deze zorg vastgestelde ‘overige producten’ (OVP’s). Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket op grond van de Zvw behoort, in rekening te brengen als zorg die tot het basispakket behoort.
Voor zorg die niet tot het basispakket op grond van de Zvw behoort zijn twee OVP’s vastgesteld:
– OVP niet-basispakketzorg Consult;
– OVP niet-basispakketzorg Verblijf.

8.11.2 Als er aan een patiënt basispakketzorg en niet-basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder een prestatie voor de basispakketzorg en een of meerdere OVP’s voor de niet-basispakketzorg.

8.11.3 Behandelcomponenten die niet onder de reikwijdte van het begrip ‘zorg’ als omschreven in de Wmg behoren, worden niet via prestaties of OVP’s in rekening gebracht.

8.12 *Overige prestaties*
Zorgaanbieders kunnen de prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen die zijn opgenomen in de vigerende bijlage behorend bij de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven Medisch Specialistische Zorg’ met het overzicht van de overige zorgproducten (OZP). Deze overige prestaties behoren niet tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw maar betreffen wel zorg zoals omschreven in de Wmg. De Overige Prestaties voor de GGZ zijn te selecteren door bij de kolom ‘Soort overig zorgproduct’ voor ‘OZP Overige Verrichtingen’ te kiezen én in de kolom ‘Door GGZ te declareren’ te kiezen voor ‘x’.

9. Uitzondering

De verplichtingen als gesteld in de artikelen 4, 5, 6, 7, 8.1 t/m 8.7 en 8.9 van deze regeling zijn niet van toepassing op de OVP niet-basispakketzorg Consult, de OVP niet-basispakketzorg Verblijf en de Overige prestaties als bedoeld in artikel 8.12.

10. Intrekking oude regel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling ‘Generalistische Basis GGZ’, met kenmerk NR/CU-726, ingetrokken.

11. Overgangsbepaling

De regeling ‘Generalistische basis GGZ’, met kenmerkNR/CU-726 blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen- en al dan niet beëindigd- in de periode dat die regeling gold. Dit betekent dat voor overlopende prestaties (prestaties gestart in 2015 en doorlopend in 2016) de op het moment van start van de prestatie geldende nadere regel van toepassing is.

12. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling kan worden aangehaald als de ‘Regeling Generalistische Basis GGZ’.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

BIJLAGE I - PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

[*cliënt: Naam*] ....
[*cliënt: Geboortedatum verzekerde*] ....
[*cliënt: Verzekerdenummer*] ....
[*cliënt: BSN*] ....
[Prestatie: Openingsdatum] ....

en

[*zorgaanbieder: Naam praktijk/instelling*] ....
[*zorgaanbieder: Naam uitvoerder*] ....
[*zorgaanbieder: Adres*] ....
[*zorgaanbieder: AGB-code praktijk/instelling*] ....
[*zorgaanbieder: AGB-code uitvoerder*] ....

verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

Aanlevering gegevens aan DIS

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de regeling Generalistische basis GGZ aan DIS worden aangeleverd.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling Generalistische basis GGZ, de aanlevering van de onder 2 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS: ....

DATUM: ....

Handtekening patiënt ....

Handtekening zorgaanbieder ....

TOELICHTING BIJ DE PRIVACYVERKLARING

De toepassing van de privacyverklaring betreft alle MDS-gegevens. Indien een patiënt en zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend wordt de in artikel 5 bedoelde minimale dataset niet door de zorgaanbieder aan het DIS aangeleverd.

De privacyverklaring bevat geen opt-out bepaling over tot de diagnose herleidbare gegevens op de factuur, want de zorgaanbieder is voor de generalistische basis GGZ momenteel niet verplicht om dergelijke gegevens op de factuur te vermelden.